

avis d'arrêt  
de travail☐ initial☒ de prolongation (\*)volet 1, à adresser  
au service médical

à adresser, dans les deux jours, à l'organisme d'assurance maladie, à l'aide de l'enveloppe M, le Médecin-Conseil

(art. L.162-1-1, L.162-4-4, L.315-2, L.321-1-5ème al., L.323-6, L.375-1, L.613-20, R.321-2, R.323-11-1, D.323-2, D.613-19, D.613-23 du Code de la sécurité sociale, L.732-4 et 762-18-1 du Code rural et de la pêche maritime)

## l'assuré(e) (voir la notice à destination du patient)

numéro d'immatriculation 2 6 9 1 0 1 6 0 1 5 1 4 7 1 5

nom et prénom MAGERE RENAUD CHRISTELLE

(nom de famille - de naissance - suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)

code de l'organisme de rattachement (voir votre attestation papier Vitale)

adresse où le malade peut être visité (si différente de votre adresse habituelle) (1) :

code postal : ville

n° téléphone :

bâtiment : escalier : étage : appartement : code d'accès de la résidence :

(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

activité salariée ☐ fonctionnaire ☒ profession indépendante ☐ activité non salariée agricole ☐sans emploi ☐ date de cessation d'activité précisez votre situation (voir notice (1))l'arrêt prescrit fait-il suite à un accident causé par un tiers ? (voir notice (2)) : oui ☐ non ☒l'arrêt prescrit fait-il suite à une cure thermale ? oui ☐ non ☒l'arrêt prescrit est-il en rapport avec l'affection pour laquelle vous êtes pensionné(e) de guerre ? oui ☐ non ☒

(\*) si la prolongation de l'arrêt est prescrite par un médecin autre que le médecin traitant ou le médecin qui a prescrit l'arrêt initial,

cochez la case correspondante (voir notice (3)) :

médecin remplaçant le médecin traitant  
ou le médecin prescripteur initial ☐médecin spécialiste consulté  
à la demande du médecin traitant ☐à l'occasion d'une  
hospitalisation ☒autre cas ☐ précisez et indiquez le motif :

## l'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale NAIRIE

n° téléphone : 0545206160

e-mail : maire@maire-valle.fr

adresse 61 RUE DE LA REPUBLIQUE 16560 ASSAC-JADAU

## les renseignements médicaux (voir la notice à destination du patient)

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné (nom et prénom) : MAGERE RENAUD CHRISTELLE

• et prescrit un arrêt de travail jusqu'au  
- en toutes lettres : vingt-quatre juin deux mille vingt  
- en chiffres : 2 4 0 6 2 0 2 0 inclussans rapport\* ☐ en rapport\* ☒ avec une affection de longue durée (voir notice (1))sans rapport\* ☒ en rapport\* ☐ avec un état pathologique résultant de la grossesse (voir notice (2))

\* sur chaque ligne, une des deux cases doit être obligatoirement cochée

sorties autorisées : oui ☒ à partir du 1 9 0 6 2 0 2 0 non ☐

(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures (voir notice (3)))

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :

non ☒ oui ☐ à partir du (voir notice (4))

• et prescrit un temps partiel pour raison médicale du au

sans rapport\*\* ☐ en rapport\*\* ☐ avec une affection de longue durée (voir notice (1))

\*\* une des deux cases doit être obligatoirement cochée

## éléments d'ordre médical (voir notice (5))

Codification du motif médical

OU éléments en toutes lettres :

Episode de bronchospasme avec désaturation au cours d'une anesthésie, chez une patiente asthmatique.

identification du praticien  
(nom et prénom)

DE LUSTRAC, Mercedes

identification de la structure

(raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement)

C.H. ANGOULEME, ROND-POINT DE GIRAC  
CS 55015 SAINT MICHEL, 16959 ANGOULEME

identifiant 1 0 0 0 3 9 7 8 3 3 4

n° de la structure 1 6 0 0 0 0 2 5 3  
(CAJ, FINESS ou SIRET)

date 1 9 0 6 2 0 2 0

signature du praticien



PRN-PRE S3116g